

# Поширеність різних типів психологічної домінанти під час вагітності високого акушерського та перинатального ризику. Особливості акушерських ускладнень із урахуванням психосоматичних взаємозв'язків

Н.В. Якимчук

Івано-Франківський національний медичний університет

Як відомо, з моменту розвитку вагітності багато жінок відзначають зміни самопочуття, які формують клінічні прояви астеничного симптомокомплексу, що дозволяє оцінити зазначені розлади як «психосоматичну реакцію на вагітність». Частота їх коливається, за даними різних авторів, від 13,7 до 33,3%. Виявлено і доведено їхній вплив на розвиток гестаційних ускладнень, а проведений аналіз тестування демонструє донозологічні психічні зміни і у здорових вагітних у 73,0% спостережень. Особливу цінність мають дослідження, які дозволяють прогнозувати успіх материнства, що і обґрунтувало мету даного наукового пошуку.

**Мета дослідження:** встановлення структури та частоти типів психологічного компонента гестаційної домінанти, що впливають на показники репродуктивних втрат та ускладнений перебіг вагітності у жінок групи високого ступеня акушерського та перинатального ризику.

**Матеріали та методи.** Експериментально-психодіагностичне дослідження проводили на базі Центру свідомого батьківства «Дівія» суцільним методом на добровільній основі за участю жінок, які очікують народження дитини і перебувають на різних термінах вагітності. Проаналізовано дані 840 пацієнток, які спостерігалися та проходили допологову підготовку у Центрі, та проведено визначення типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) з використанням клініко-психологічного методу І.В. Добрякова «Тест ставлення вагітної» із встановленням типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний, депресивний. Паралельно з метою уточнення та отримання більш достовірних даних була використана психодіагностична «Анкета знайомства» та проективна малюнок методика «Я і моя дитина» за Філіповою Г.Г. Інтерпретацію отриманих результатів проводили за ознаками малюнка, які дозволяли віднести самосприймання вагітності та майбутньої дитини до того чи іншого стилю. За відсутності провідних стверджень, що характеризують ті чи інші ознаки типу ПКГД, визначали комбіновані варіанти (оптимально-тривожний, оптимально-гіпогестогнозичний) та змішані типи. Було прийнято вважати сприятливими щодо перебігу вагітності оптимальний (у тому числі оптимально-тривожний, оптимально-гіпогестогнозичний) та змішані типи, а чисті тривожні, депресивні, ейфоричні і гіпогестогнозичні типи – несприятливими. Статистичний аналіз проведено з використанням ліцензійного пакета Stata 12 із розрахунком показника відношення шансів (OR – odds ratio) та 95% довірчого інтервалу для оцінювання впливу факторних ознак на патологічний перебіг вагітності.

**Результати.** Згідно з отриманими результатами, найбільш часто відзначали оптимальний тип ПКГД (60,47%), який корелював із найбільш сприятливим перебігом вагітності та пологів. Несприятливий чисті типи ПКГД становили 352 (41,90%) спостереження.

Найвагомішу частку серед несприятливих типів гестаційної домінанти становив тривожний тип (58,81%), гіпогестогнозичний тип відзначено у 21,87% випадків. Для пацієнток, у яких в ході моніторингу вагітності діагностовано плацентарну дисфункцію та її ускладнення, характерним було переважання несприятливих типів ПКГД, які супроводжували весь гестаційний період. Зокрема, слід відзначити переважання тривожного типу у формі чистого (52,65%) та комбінованого (47,34%) варіантів. Депресивний та ейфоричний тип у вибірці відзначено в основному тільки у складі комбінованого варіанта приблизно в однакових частках – 9,09% та 10,23% спостережень відповідно. Оцінка характеру перебігу вагітності та пологів в обстежених жінок із врахуванням сприятливого чи несприятливого типу гестаційної домінанти дозволила встановити відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування преєклампсії та частці аномалій пологової діяльності і медикаментозної її корекції. Патологічний перебіг періоду вагітності та пологів у жінок групи з несприятливим типом ПКГД фіксували у 2,8 разу частіше, відсоток оперативного розродження у 3,5 разу перевищував дані у групі зі сприятливим типом ПКГД, гестози різного ступеня тяжкості у 2,6 разу частіше діагностовані у пацієнток з несприятливими типами ПКГД. У 2,0 разу частіше відзначали плацентарну дисфункцію з об'єктивізованими критеріями порушення матково-плацентарного кровотоку, причому у третині випадків вона супроводжувалася негативними наслідками для плода, зокрема ЗРП та дистресом плода під час вагітності.

**Заключення.** Оцінка структури типів психологічного компонента гестаційної домінанти продемонструвала високий відсоток несприятливих типів ПКГД (41,90%), а також статистично значущу залежність між особливостями перебігу вагітності та пологів, що мають тісний зв'язок із порушенням плацентарної гестаційними ускладненнями, що його супроводжують (преєклампсія та дистрес плода), і прогресуванням дизадаптації матково-плацентарного кровообігу. У разі діагностованого тривожного типу ПКГД ризик та прогресування плацентарної дисфункції підвищується у 7,27 разу (OR – 7,27; 95% CI: 4,66–11,35), і жінка потребує психологічної допомоги вже на прекоцепційному етапі.

Отримані результати свідчать про достатність резервів для зменшення числа випадків негативних перинатальних наслідків, серед яких не тільки ретельне оцінювання акушерського та соматичного анамнезу, а й комплексне клініко-лабораторне обстеження, що дозволяє сформувати групи підвищеного ризику, диференціювати надання психологічної допомоги жінкам та вибудовувати профілактичні заходи і терапевтичну допомогу уже на етапі планування вагітності.

**Ключові слова:** психологічний компонент гестаційної домінанти, вагітність, преєклампсія, плацентарна дисфункція, прогноз.

Вагітність можна назвати критичним перехідним періодом, що суттєво впливає на життя жінки, коли істотно перебудовується її свідомість та взаємовідносини з оточуючим світом. А сам перебіг вагітності та відношення до нього прямо пов'язані з особистісним становленням, внутрішнім розвитком жінки, що здійснює значущий внесок у розвиток батьківства, дозволяє цілісно формувати жіночу ідентичність та якість відношень, які виникають між нею та ненародженим дітям і, в подальшому, впливають на поведінку матері [1, 4].

Багато дослідників вважають, що вагітність та пологи можуть стати провокуючим фактором у розвитку уже існуючих прихованих порушень психоемоційного статусу жінки, і саме під час вагітності можуть вперше з'явитися тривожні розлади або може проходити зміна їхнього перебігу. Існує думка, що стан вагітності знаходиться на межі норми та психічної патології [4, 8]. Як демонструють існуючі літературні джерела, підвищення нервово-психічного напруження пов'язане з віком вагітних, рівнем отриманої освіти. Найбільш високі показники нервово-психічного напруження відзначають у першороділець з пізнім для вагітності віком [4]. Істотну роль у розвитку психічних розладів у вагітних відіграють соціально-середовищні фактори. І саме соціально-економічна нестабільність зумовлює високу частоту виникнення загрози переривання вагітності та ускладнень пологової діяльності у жінок зі змішаними тривожними і депресивними розладами [10, 11]. Жінки з незапланованою вагітністю мають більш низьку соціальну підтримку (менша кількість друзів), високу поширеність депресивних симптомів (67% проти 49%), більш високі середні рівні сприйнятливості до стресу [8].

Стрижневою детермінантою материнської поведінки є рівень психологічної готовності до материнства, який визначається як особливий системний стан психіки жінки, здатний забезпечувати адекватні умови для розвитку дитини та підтримку інтересу до зовнішнього світу й любові, задовольнити найважливіші психологічні потреби немовляти щодо безпеки [5].

Слід зазначити, що з моменту розвитку вагітності багато жінок відзначають зміни самопочуття, які формують клінічні прояви астеничного симптомокомплексу, що дозволяє оцінити наведені розлади як «психосоматичну реакцію на вагітність». Частота їх коливається, за даними різних авторів, від 13,7 до 33,3%. Виявлено і доведено їхній вплив на розвиток гестаційних ускладнень, а проведений аналіз тестування демонструє донозологічні психічні зміни і у здорових вагітних у 73% спостережень. За даними літератури, ускладнений перебіг вагітності та пологів у пацієнток з психосоматичними розладами спостерігається у 2,0 разу частіше, ніж у жінок без зазначених порушень, а патологічні стани у перинатальний період виявляють у 3,0 разу частіше [1, 4, 8].

Отже, особливу цінність мають дослідження, які дозволяють прогнозувати успіх материнства, що і обґрунтувало мету даного наукового пошуку.

**Мета дослідження:** встановлення структури та частоти типів психологічного компонента гестаційної домінанти, що впливають на показники репродуктивних втрат та ускладнений перебіг вагітності у жінок групи високого ступеня акушерського та перинатального ризику.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Експериментально-психодіагностичне дослідження проводили на базі Центру свідомого батьківства «Дівія» суцільним методом на добровільній основі за участю жінок, які очікують народження дитини і перебувають на різних термінах вагітності. Проаналізовано дані 840 пацієнток, які спостерігалися та проходили допологову підготовку у Центрі, та проведено визначення типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) з використанням клініко-психологічного методу І.В. Добрякова «Тест відношення вагітної»

із встановленням типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний, депресивний.

Як відомо, до «материнської домінанти» послідовно входять: домінанта зачаття, гестаційна домінанта, пологова домінанта та лактаційна домінанта [3, 4, 6]. Поняття «гестаційна домінанта» відображає особливості перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної, спрямованих на створення оптимальних умов для розвитку плода [5, 6]. Гестаційна домінанта має два взаємовпливові компоненти: фізіологічний та психологічний. Глибоким вивченням ПКГД займався І.В. Добряков, і саме ним була запропонована методика «Тест ставлення вагітної» як одна із скринінгових тестів для визначення та корекції психоемоційного стану вагітної жінки [7, 8]. Тест допомагає визначити тип ПКГД у майбутньої матері та розподілити вагітних відповідно на групи (оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний та депресивний).

Паралельно з метою уточнення та отримання більш достовірних даних була використана психодіагностична «Анкета знайомства» та проєктивна малюнкова методика «Я і моя дитина» за Філіповою Г.Г. Інтерпретацію отриманих результатів проводили за ознаками малюнка, які дозволяли віднести самосприймання вагітності та майбутньої дитини до того чи іншого стилю [9]. При цьому було виділено:

- групу пацієнток з адекватним стилем, що відповідав оптимальному типу ПКГД,
- групу жінок із амбівалентним та тривожним стилем сприйняття вагітності та майбутньої дитини (відповідав тривожному типу ПКГД),
- групу пацієнток із відкидаючим та ігноруючим стилем (за Філіповою Г. Г.), що характеризував конфлікт з вагітністю.

Статистичний аналіз проведено з використанням ліцензійного пакета Stata 12 із розрахунком показника відношення шансів (OR – odds ratio) та 95% довірчого інтервалу для оцінювання впливу факторних ознак на патологічний перебіг вагітності.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу вікових особливостей обстежених жінок виявлено, що їхній вік коливався від 18 до 45 років, найбільший відсоток становила вікова категорія від 18 до 29 років (598 осіб – 71,19%). Отримані дані щодо віку пацієнток досліджуваної групи дозволили припустити, що поінформованість та обізнаність жінок молодого віку щодо психопрофілактичної підготовки до вагітності та пологів, стурбованість стосовно її наслідків, бажання залучити до процесу антенатального супроводу вагітності чоловіка або членів сім'ї домінує у віковій категорії раннього репродуктивного віку.

Під час аналізу соціального статусу встановлено, що частіше ранні репродуктивні втрати та патологія хоріона спостерігалися у працюючих жінок, які займали керівні та відповідальні службові посади, що не виключає стресіндукованого чинника зайнятості. Переважна кількість жінок займалася нефізичною працею, значущим був рівень освіти: 656 (78,09%) пацієнток мали вищу освіту та проживали у місті ( $p < 0,05$ ). Щодо кількості вагітностей, то першу вагітність діагностували у 36,66% жінок, повторну – у 35,48%, третю та більше вагітностей діагностували тільки у 5,71% пацієнток. Для підготовки до вагітності у Центр звернулися 186 (22,14%) пацієнток.

Аналізуючи структуру екстрагенітальної патології, слід відзначити відсутність в обстежених жінок тяжкої соматичної патології. Зафіксовано достовірно більшу частку вегетосудинної дистонії за гіпертонічним типом, захворювань щитоподібної залози – в 1,6 разу, частіше – у 2,0 разу – виявляли дефіцит маси тіла порівняно зі здоровими пацієнтками, хоча частка як дефіциту, так і надмірної маси тіла в основній групі була однаковою.

Проте у 38,33% спостереженнях виявлено серцево-судинні захворювання, захворювання сечовидільної системи – у 27,8%, значно менший був відсоток жінок із захворюваннями органів дихання.

У структурі гінекологічних захворювань та особливостей акушерсько-гінекологічного статусу встановлено високу частоту:

- порушення менструального циклу (41,9%),
- урогенітального та хламідійного інфікування,
- повторних епізодів штучного переривання вагітності,
- звичного невиношування (21,9%),
- безплідності (37,14%),
- запальних процесів статевих органів (43,8%).

Такі порушення переважно поєднуються із високим рівнем тривожності та депресії. Це свідчить про потребу більш глибокого вивчення особливостей перебігу перинатального періоду та індивідуального підходу із застосуванням психологічних впливів

З метою більш глибокого аналізу особливостей перебігу вагітності було проведено психометричну діагностику жінок, які звернулися до Центру. З цією метою використано опитувальники та клінічну бесіду, а саме – оцінювання ПКГД та його типів. У даному дослідженні під час оцінювання формування ПКГД виявлено, що чисті типи ПКГД спостерігалися дуже рідко, що, очевидно, пов'язано з визначенням даного показника на ранніх термінах вагітності. За відсутності провідних стверджень, що характеризують ті чи інші ознаки типу ПКГД, визначали комбіновані варіанти (оптимально-тривожний, оптимально-гіпогестогнозичний) та змішані типи. Було прийнято вважати сприятливими щодо перебігу вагітності оптимальний (у тому числі оптимально-тривожний, оптимально-гіпогестогнозичний) та змішані типи, а чисті тривожні, депресивні, ейфоричні і гіпогестогнозичні типи – несприятливими.

Згідно з отриманими результатами, найбільш часто відзначали оптимальний тип ПКГД (508 осіб – 60,47%), який корелював із найбільш сприятливим перебігом вагітності та пологів. Несприятливі чисті типи ПКГД становили 352 (41,90%) спостереження. Найвагомішу частку серед несприятливих типів гестаційної домінанти становив тривожний тип – у 207 спостереженнях (58,81%), гіпогестогнозичний тип відзначено у 77 (21,87%) випадках. Для пацієнок, у яких в ході моніторингу вагітності виявлено плацентарну дисфункцію та її ускладнення, характерним було переважання несприятливих типів ПКГД, що супроводжували весь гестаційний період. Зокрема, слід відзначити переважання тривожного типу у формі чистого (109 осіб – 52,65%) та комбінованого (98 осіб – 47,34%) варіантів. Депресивний та ейфоричний тип у вибірці відзначено в основному тільки у складі комбінованого варіанта приблизно в однакових частках – 32 (9,09%) та 36 (10,23%) спостережень відповідно.

Наступний етап передбачав оцінювання характеру перебігу вагітності та пологів в обстежених жінок із врахуванням сприятливого чи несприятливого типу гестаційної домінанти. Найбільшу увагу заслужують відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування прееклампсії та часті аномалії пологової діяльності і медикаментозної її корекції.

Установлено, що перебіг першої половини вагітності був обтяжений у 253 (71,86%) пацієнок із несприятливими типами ПКГД. Зокрема, найбільш поширеним ускладненням вагітності у I триместрі у пацієнок з несприятливим типом ПКГД було локальне відшарування хоріона (69 осіб – 27,27%) та загроза раннього мимовільного викидня, яка спостерігалась у 98 (38,73%) жінок проти 97 (19,09%) пацієнок групи зі сприятливим типом ПКГД. Ранній гестоз ускладнював вагітність у 78 (30,83%) проти 65 (12,79%) випадків у групі зі сприятливим типом ПКГД. Достовірно частіше визначали анемію вагітних – 95 (37,54%) проти 44 (8,66%) випадків відповідно.

У другій половині вагітності серед ускладнень переважали: загроза передчасних пологів (у 63 – 24,90% проти 42 – 8,28% у групі зі сприятливим типом ПКГД) та прееклампсія (80 – 31,62% проти 61 – 12,00% відповідно;  $p < 0,05$ ). Діагноз плацентарної дисфункції був встановлений майже у 2 рази частіше (114 – 45,05%) ( $p < 0,05$ ). Дистрес плода під час вагітності, що вимагав активної акушерської тактики, зафіксований у 47 (18,57%) випадках, а затримка внутрішньоутробного розвитку плода – у 66 (26,09%) спостереженнях при незначній частці зазначених перинатальних наслідків у групі зі сприятливим типом ПКГД ( $p < 0,05$ ).

Отже, патологічний перебіг періоду вагітності та пологів у жінок групи з несприятливим типом ПКГД спостерігався у 2,8 рази частіше, ніж у жінок групи порівняння. Далеко не всі пологи відбулися через природні пологові шляхи, і відсоток оперативного розродження у 3,5 рази перевищував дані у групі зі сприятливим типом ПКГД (в основному за рахунок показань, зумовлених плацентарною дисфункцією та дистресом плода). Слабкість пологової діяльності, дистопія шийки матки та невдалі спроби корекції пологової діяльності не мають достовірних відмінностей по групах, у той час як гестози різного ступеня тяжкості у 2,6 рази частіше діагностували у пацієнок з несприятливими типами ПКГД. У 2,0 рази частіше відзначена плацентарна дисфункція з об'єктивізованими критеріями порушення матково-плацентарного кровотоку, причому у третині випадків вона супроводжувалася негативними наслідками для плода, зокрема СЗРП та дистресом плода під час вагітності з різним ступенем прояву.

## ВИСНОВКИ

Базуючись на отриманих результатах ретроспективного дослідження, було проведено прогностичне оцінювання можливих факторів ризику ускладненого перебігу вагітності у жінок із об'єктивізованими проявами плацентарної дисфункції. Оцінка структури типів психологічної компоненти гестаційної домінанти продемонструвала високий відсоток несприятливих типів ПКГД (практично половина спостережень), а також статистично значущу залежність між особливостями перебігу вагітності та пологів, що мають тісний зв'язок із порушенням плацентарної гестаційними ускладненнями, що його супроводжують (прееклампсія та дистрес плода) та прогресуванням дизадаптації матково-плацентарного кровообігу. Усе це є несприятливим психоемоційним фактором, перш за все у разі діагностування тривожного типу ПКГД, і підвищує ризик та прогресування плацентарної дисфункції у 7,27 рази (OR – 7,27; 95% CI: 4,66–11,35) та вимагає психологічної допомоги вже на преекспланційному етапі.

Отримані дані клініко-анамнестичних особливостей дозволили провести оцінювання значущості основних факторів і прогнозувати ризик плацентарної дисфункції та ускладненого перебігу гестації у жінок з групи високого перинатального ризику. Усе, зазначене вище, дозволяє припустити, що домінування несприятливих типів ПКГД є наслідком дії великої кількості патологічних причин із реалізацією різноманітних, часто перехресних, патофізіологічних шляхів. У більшості випадків це комбінація декількох причин, які можуть діяти одночасно або послідовно.

Отримані результати свідчать про достатність резервів для зменшення кількості випадків негативних перинатальних наслідків, серед яких не тільки ретельне оцінювання акушерського та соматичного анамнезу, але й комплексне клініко-лабораторне обстеження, що дозволяє сформувати групи підвищеного ризику, диференціювати надання психологічної допомоги жінкам та вибудовувати профілактичні заходи та терапевтичну допомогу уже на етапі планування вагітності.

Перспективним є розроблення індивідуальної медико-психологічної програми відповідно до типу психологічного компонента гестаційної домінанти.



**Распространенность разных типов психологической доминанты при беременности высокого акушерского и перинатального риска. Особенности акушерских осложнений с учетом психосоматических взаимосвязей**  
**Н.В. Якимчук**

Как известно, с момента развития беременности многие женщины отмечают изменения самочувствия, которые формируют клинические проявления астенического симптомокомплекса, что позволяет оценить указанные расстройства как «психосоматическую реакцию на беременность». Частота их колеблется, по данным разных авторов, от 13,7 до 33,3%. Выявлено и доказано их влияние на развитие гестационных осложнений, а проведенный анализ тестирования демонстрирует донозологические психические изменения и у здоровых беременных в 73% наблюдений. Особую ценность имеют исследования, позволяющие прогнозировать успех материнства, что и обосновало цель данного научного поиска.

**Цель исследования:** установление структуры и частоты типов психологического компонента гестационной доминанты, влияющих на показатели репродуктивных потерь и осложненное течение беременности у женщин группы высокого акушерского и перинатального риска.

**Материалы и методы.** Экспериментально психодиагностическое исследование проводили на базе Центра сознательного отцовства «Дивия» сплошным методом на добровольной основе с участием женщин, ожидающих рождения ребенка, на разных сроках беременности. Проанализированы данные 840 пациенток, которые наблюдались и проходили родовую подготовку в Центре, и проведено определение типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) с использованием клинико-психологического метода И.В. Добрякова «Тест отношения беременной» с установлением типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный. Параллельно с целью уточнения и получения более достоверных данных была использована психодиагностическая «Анкета знакомства» и проективная рисуночная методика «Я и мой ребенок» по Филипповой Г.Г. Интерпретацию полученных результатов проводили по признакам рисунка, которые позволяли отнести самовосприятие беременности и будущего ребенка к тому или иному стилю. При отсутствии ведущих утверждений, характеризующих те или другие признаки типа ПКГД, определяли комбинированные варианты (оптимально-тревожный, оптимально-гипогестогнозический) и смешанные типы. Было принято считать благоприятными для развития беременности оптимальный (в том числе оптимально-тревожный, оптимально-гипогестогнозический) и смешанные типы, а чистые тревожные, депрессивные, эйфорические и гипогестогнозические типы – неблагоприятными. Статистический анализ проведен с использованием лицензионного пакета Stata 12 с расчетом показателя отношения шансов (OR – odds ratio) и 95% доверительного интервала для оценки влияния факторных признаков на патологическое течение беременности.

**Результаты.** Согласно полученным результатам, наиболее часто

отмечали оптимальный тип ПКГД (60,47%), который коррелирует с наиболее благоприятным течением беременности и родов. Неблагоприятные чистые типы ПКГД составили 352 (41,90%) наблюдения. Весомую долю среди неблагоприятных типов гестационной доминанты составил тревожный тип (58,81%), гипогестогнозический тип отмечено в 21,87% случаев. Для пациенток, у которых в ходе мониторинга беременности диагностирована плацентарная дисфункция и ее осложнения, характерно преобладание неблагоприятных типов ПКГД, которые сопровождали весь гестационный период. В частности, следует отметить преобладание тревожного типа в виде чистого (52,65%) и комбинированного (47,34%) вариантов. Депрессивный и эйфорический типы в выборке отмечено в основном только в составе комбинированного варианта примерно в одинаковых долях – 9,09% и 10,23% наблюдений соответственно. Оценка течения беременности и родов у обследованных женщин с учетом благоприятного и неблагоприятного типов гестационной доминанты позволила установить различия в частоте преждевременных родов, резистентности к лечению преэклампсии и частые аномалии родовой деятельности и медикаментозной ее коррекции. Патологическое течение периода беременности и родов у женщин группы с неблагоприятным типом ПКГД фиксировали в 2,8 раза чаще, процент оперативного родоразрешения в 3,5 раза превышал данные в группе с благоприятным типом ПКГД, гестоз различной степени тяжести в 2,6 раза чаще диагностирован у пациенток с неблагоприятными типами ПКГД. В 2,0 раза чаще отмечена плацентарная дисфункция с объективизированными критериями нарушения маточно-плацентарного кровотока, причем в трети случаев она сопровождалась негативными последствиями для плода, в частности, ЗРП и дистрессом плода во время беременности.

**Заключение.** Оценка структуры типов психологической компоненты гестационной доминанты продемонстрировала высокий процент неблагоприятных типов ПКГД (41,90%), а также статистически значимую зависимость между особенностями течения беременности и родов, где существует тесная связь с нарушением плацентации, гестационными осложнениями, его сопровождающими (преэклампсия и дистресс плода) и прогрессирование ди-затипации маточно-плацентарного кровообращения. В случае диагностики тревожного типа ПКГД риск и прогрессирование плацентарной дисфункции повышается в 7,27 раза (OR = 7,27; 95% CI: 4,66–11,35), и женщина требует психологической помощи уже на пренатальном этапе.

Полученные результаты говорят о достаточности резервов для уменьшения числа случаев негативных перинатальных исходов, среди которых не только тщательная оценка акушерского и соматического анамнеза, но и комплексное клинико-лабораторное обследование, позволяющее сформировать группы повышенного риска, дифференцировать оказание психологической помощи женщинам и выстраивать профилактические мероприятия и терапевтическую помощь уже на этапе планирования беременности.

**Ключевые слова:** психологический компонент гестационной доминанты, беременность, преэклампсия, плацентарная дисфункция, прогноз.

**Prevalence of different types of psychological dominant during pregnancy at high obstetric and perinatal risk, obstetric complications in the context of psychosomatic relationships**  
**N. V. Yakymchuk**

It is known that from the very beginning of pregnancy, many women notice changes in general health state which form the clinical manifestations of asthenic symptom-complex, that allows to assess these disorders as a «psychosomatic reaction to pregnancy». According to different authors, their frequency varies from 13.7 to 33.3%, their influence on the development of gestational complications has been revealed and proved, and the conducted test analysis demonstrates donozological changes in mental health in 73% of healthy pregnant women. The investigations that allow predicting the success of motherhood are very important, and it justifies the purpose of this scientific research.

**The objective:** was to determine the structure and frequency of the types of psychological component of gestation dominant, affecting reproductive loss and complicated pregnancy rates in women at high obstetric and perinatal risk.

**Materials and methods.** Experimental psycho-diagnostic research was conducted on the basis of the Centre of Conscious Parenthood «Diviia» on a voluntary basis with women at different stages of pregnancy. The data of 840 patients, who had prenatal training in the Centre, were analysed and the types of psychological component of gestational dominant (PCGD) were determined using the clinical and psychological method of I.V. Dobriakov «Pregnant woman attitude test» with the following type definition of PCGD: optimal, hypogestognostic, euphoric, anxious, depressive. In parallel, with the aim of clarifying and obtaining more reliable data, psychodiagnostic «Dating Questionnaire» and projective drawing method «Me and My Child» by Philippova G.G. were carried out. Interpretation of the results was based on the features of the drawing, which allowed including self-perception of pregnancy and the unborn baby to a particular type. In the absence of the exact statements characterizing certain features of the PCGD, the combined variants (optimally anxious, optimally hypogestognostic) and mixed types were determined. Optimal type was generally considered a favourable one for the course of pregnancy (including optimally anxious, optimally hypogestognostic) and mixed types, while pure anxious, depressive, euphoric and hypogestognostic types were unfavourable. The statistical analysis was performed using

the Stata 12 license pack with the odds ratio (OR) and 95% confidence interval for assessing the influence of factor features on the pathological course of pregnancy.

**Results.** According to the results, the most popular type of PCGD was the optimal type (60.47%), it correlated with the most favourable course of pregnancy and childbirth. 352 patients (41.90%) belonged to unfavourable pure types of PCGD. The most substantial proportion among the unfavourable types of gestation dominant was the anxious type (58.81%), the hypogestognostic type was noted in 21.87%. In patients who had placental dysfunction and its complications during pregnancy, the prevalence of unfavourable types of PCGD that accompanied the entire gestational period was characteristic. The preponderance of pure anxious type (52.65%) and mixed types (47.34%) was noted. The depressive and euphoric type was mostly noted only in the mixed variant in approximately the same proportions – 9.09% and 10.23% of the observations, respectively. The evaluation of the nature of the course of pregnancy and childbirth in patients, considering the favourable or unfavourable type of gestation dominant, allowed to establish differences in the preterm birth frequency, resistance to treatment of preeclampsia and the proportion of abnormalities in labour and its drug correction. The pathological course of pregnancy and childbirth in women with unfavourable type of PCGD was 2.8 times more frequent, the percentage of operational delivery was 3.5 times higher than in patients with a favourable type of PCGD; gestoses of different severity – 2.6 times more often were diagnosed

in patients with unfavourable types of PCGD. Placental dysfunction with objectified criteria for utero-placental blood flow disorders was 2.0 times more frequent, and in one third of cases, it was accompanied by negative effects on the fetus, in particular FFS and fetal distress during pregnancy.

**Conclusions.** The evaluation of the structure of the types of the psychological component of the gestation dominant showed a high percentage of unfavourable types of PCGD (41.90%), as well as a statistically significant relationship between the peculiarities of the course of pregnancy and the births that have a close connection with the placental disorder, the gestational complications that accompany it (preeclampsia and fetal distress) and the progression of the disadaptation of utero-placental circulation. In the case of anxious type of PCGD diagnosis, the risk and progression of placental dysfunction increases by 7.27 times (OR – 7.27; 4.66–11.35) and requires psychological help at the preconception stage.

The obtained results indicate the adequacy of the reserves to reduce the number of negative perinatal outcomes, including not only a precise assessment of obstetric and somatic anamnesis, and a comprehensive clinical and laboratory examination that allows to form high-risk groups, differentiate the psychological assistance to women and perform preventive measures and therapeutic care even at the stage of pregnancy planning.

**Key words:** *psychological component of gestation dominant, pregnancy, preeclampsia, placental dysfunction, prognosis.*

### Сведения об авторе

**Якимчук Наталья Викторовна** – Кафедра акушерства и гинекологии им. И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Блох МЕ. Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией на этапе планирования беременности [диссертация]. – СПб, 2012. – 162 с.
2. Воробей ЛЛ. Сучасні аспекти діагностики та профілактики ускладнень вагітності у жінок з перинатальними втратами в анамнезі. *Сімейна медицина*. 2016;3(65):148–152.
3. Добряков ІВ. Перинатальна психологія. – Питер, 2010. – С. 43 с.
4. Кудінова ВВ. Прогнозування плацентарної недостатності з ранніх термінів

- вагітності із застосуванням систем штучного інтелекту. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2007;4(33):92-94.
5. Ларюшева ТМ, Лебедева ТБ, Баранов АН. Особенности течения беременности и родов у юных женщин. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2012;1:106-112.
6. Пенжоян МА, Покровский ВМ, Пенжоян ГА. Оценка эффективности психопрофилактической подготовки беременных к родам. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2010;8(122):155-159.
7. Хазова СА, Золотова ИА. Особенности гестационной доминанты женщин,

- не встающих на учет по беременности. Научно-исследовательская лаборатория психологии совладающего поведения: электронный научный журнал. 2015. Доступно на: <http://www.coping-kostroma.com/index.php/content/articles/63-osobennosti>
8. Шмілик М. Особливості взаємозв'язку рівня сформованості готовності до материнства з типом переживання вагітності. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2016;1:139-148.
9. Aasheim V, Walderstrom U, Rasmussen S, Schytt E. Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age – a

- Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13:53 doi:10.1186/1471-2393-13-53.
10. Kwon MK, Bang KS. Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *J Korean Acad Nurs*. 2011;41(2):276–83. doi: 10.4040/jkan.2011.41.2.276.
11. Nelsen ABV, Waldenström U, Rasmussen S, Hjelmstedt A and Schytt E. Characteristics of first-time fathers of advanced age: a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;3:29 doi:10.1186/1471-2393-13-29.

Статья поступила в редакцию 08.10.2018